

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE 249^{N°}

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Mademoiselle Janine FREY

Ancienne Interne pr. des Hôpitaux de Paris

né le 18 Décembre 1898 à Douai (Nord)

**Du retentissement des manifestations
tuberculeuses extra-pulmonaires
sur la tuberculose pulmonaire de l'adulte**

Président : F. BEZANÇON, Professeur

EDITIONS

DE LA REVUE DE PATHOLOGIE COMPARÉE ET D'HYGIÈNE GÉNÉRALE
8, RUE DES ACACIAS (PARIS 17^e)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°
249

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Mademoiselle Janine FREY

Ancienne Interne pr. des Hôpitaux de Paris

né le 18 Décembre 1898 à Douai (Nord)

**Du retentissement des manifestations
tuberculeuses extra-pulmonaires
sur la tuberculose pulmonaire de l'adulte**

Président : F. BEZANÇON, Professeur

EDITIONS

DE LA REVUE DE PATHOLOGIE COMPARÉE ET D'HYGIÈNE GÉNÉRALE
8, RUE DES ACACIAS (PARIS 17^e)

LE DOYEN... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNÉO.
Physiologie.....	ROGER.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
	N.....
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Professeurs sans chaire.....	ROUVIÈRE.
id.	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI..... Pathologie médicale.
 AUBERTIN..... Pathologie médicale.
 BASSET..... Pathologie chirurgicale
 BAUDOUIN..... Pathologie médicale.
 BINET..... Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRULÉ..... Pathologie médicale.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale
 CHAMPY..... Histologie.
 CHIRAY..... Pathologie médicale.
 CLERC..... Pathologie médicale.
 DEBRÉ..... Hygiène.
 I. de JONG.... Anatomie pathologique
 DUVOIR..... Médecine légale.
 ECALLE..... Obstétrique.
 FIESSINGER... Pathologie médicale.
 GARNIER..... Patholog. expériment^{le}
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER. Urologie.

MM.

HOVELACQUE.. Anatomie.
 JOYEUX..... Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS.. Pathologie chirurgicale
 LEMAITRE..... Oto-rhino-laryngologie
 LÉVY-SOLAL.. Obstétrique.
 LHERMITTE... Pathologie mentale.
 LIAN..... Pathologie médicale.
 MATHIEU..... Pathologie chirurgicale
 METZGER..... Obstétrique.
 MONDOR..... Pathologie chirurgicale
 MOURE..... Pathologie chirurgicale
 MULON..... Histologie.
 PHILIBERT... Bactériologie.
 RICHT Fils.. Physiologie.
 VAUDESCAL... Obstétrique.
 VERNE..... Histologie.
 VELTER..... Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT.... Pathologie médicale.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.

MM.

RETTERRER. Histologie.
 TANON.... Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	LÉRI..	Clinique médicale.
CHEVASSU....	Clinique chirurgicale.	LÆPER.....	Clinique médicale.
Laignel-Lavastine.	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale in- fantile.	SCHWARTZ....	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé..	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD.....		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
LE PROFESSEUR F. BEZANÇON

Professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine
de Paris

Médecin de l'hôpital St Antoine
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur,

qui a inspiré ce travail.

Témoignage de profonde gratitude.

AU DOCTEUR BRAUN

**« Chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris.
Chevalier de la Légion d'Honneur**

Son disciple reconnaissant

entretenu par les tuberculoses extra-pulmonaires.

L'existence d'un retentissement des manifestations tuberculeuses extra-pulmonaires sur les manifestations pulmonaires, sa nature, et sa signification, ne semblent pas matière à discussion.

Cependant, la complexité extrême de cette question, qui touche à tous les problèmes de la tuberculose, en particulier à celui de sa prophylaxie, autorise à ne pas la considérer comme définitivement résolue.

L'étude historique met en évidence la diversité des opinions sur ce sujet.

Etude historique.

Les manifestations extra-pulmonaires de la Tuberculose sont demeurées longtemps en dehors du cadre de la Tuberculose, la place qu'elles y occupent et surtout leur rôle vis-à-vis de la Tuberculose Pulmonaire, ont été ensuite diversement interprétés.

Laënnec, un des premiers, avec *Broussais Louis* établit l'existence des fréquentes relations entre la Scrofule et la Tuberculose Pulmonaire. Dans son *Traité de l'Auscultation*, il attire l'attention sur le fait que ces scrofuleux devenaient souvent phtisiques. Il voyait dans les ganglions le point d'origine de la phtisie.

Puis les travaux de *Virchow*, *Lannelongue*, *Corni et Grancher* en 1880, montrent qu'il s'agit

nien de manifestations différentes d'une même affection. Expérimentalement l'inoculation du pus de ganglions scrofuleux tuberculise cobaye. Déjà on observe que la mort de l'animal survient après un temps assez long, et l'explication de cette « maladie lente » est cherchée par *Arloing*, *Grancher*, dans l'atténuation du virus. *Nocard*, au contraire, invoque la rareté des bacilles dans ces lésions.

D'autres *Rilliet*, *Bavthez*, *Andral*, *Weigert* vont plus loin, et précisent la chronologie des lésions ; ils admettent presque toujours une adéno-pathie primitive, soit trachéo-bronchique et cervicale, soit mésentérique.

Quinquaud, dans sa thèse d'agrégation, en 1883, insiste à nouveau sur la fréquence de la Tuberculose pulmonaire chez les ganglionnaires.

Opinion des anciens cliniciens.

L'opinion généralement admise alors sur le retentissement des manifestations tuberculeuses extra-pulmonaires. sur la tuberculose pulmonaire, se trouve résumée dans la thèse de *Couvreur* (1). Voir Bibliographie.

De l'étude d'un certain nombre de malades chez lesquels les deux sortes d'accidents s'étaient rencontrés, il conclue :

1) A la rareté de l'indépendance réciproque de la Scrofule et de la tuberculose pulmonaire ; elles offrent le plus souvent des rapports de cause à effet

et les termes alors employés rendent compte de l'interprétation pathogénique. On écrivait : tuberculose ascendante, tuberculose descendante.

2) La constatation d'une adénopathie cervicale doit toujours faire craindre la tuberculose pulmonaire.

Apparition de l'idée d'immunité

En 1886, un revirement se produit avec les travaux de M. *Marfan* (2) qui introduisent dans la question l'idée d'immunité et marquent le début des recherches sur les modifications humorales.

Ce travail, dont l'importance n'est pas à souligner, aboutit aux conclusions suivantes : Il est presque de règle que les lupiques et les écrouelleux bien guéris n'ont jamais de phtisie pulmonaire.

(2) Les lupiques et les écrouelleux non guéris « sont rarement atteints de Tuberculose Pulmo-
« naire. On peut donc conclure que ces tuberculo-
« ses locales, et qu'il vaut mieux appeler atténuées
« semblent mettre à l'abri des grandes manifesta-
« tions de la Tuberculose, c'est-à-dire de la phti-
« sie pulmonaire.

(3) « Les phtisiques qui n'ont jamais eu de lu-
« pus ni d'écrouelles sont en nombre considéra-
« ble si on les compare à ceux qui ont un lupus ou
« des écrouelles lesquels sont en nombre infime par
« rapport aux premiers.

(4) « Les phtisiques portant la cicatrice d'un

« lupus ou d'écrouelles parfaitement guéris sont
« tout à fait l'exception.

« Une manifestation atténuée de la maladie gé-
« nérale qu'est la tuberculose confère donc l'immu-
« nité pour une tuberculose grave.

Cependant que la question de l'immunité, ainsi
posée magistralement suscitait toute une série de
recherches de laboratoire, l'optimisme auquel con-
duisent les considérations précédentes n'était pas
admis par tous. En particulier certains spécialistes
des tuberculoses externes apportaient des faits Cli-
niques conduisant à des conclusions différentes.

	Guérison	Récidives	Mort tardive par tuberculose pulmonaire le plus souvent
Hôpitaux de Bonn.....	62 %	27 %	11 %
— Vienne ..	34 %	48 %	17 %
— Bruns...	67 %	20 %	18 %
— Hael....	68 %	16 %	12 %
— Crunfeld.	71 %	15 %	14 %
— Schell...	67 %	27 %	11 %

Hâmel (3) dans un travail sur le traitement des
adénopathies cervicales tuberculeuses, insiste, au
chapitre pronostic, sur la fréquence des mauvais
résultats éloignés par suite d'une nouvelle mani-
festation tuberculeuse.

Il apporte, parmi ses documents, une statistique étrangère, concernant l'avenir des ganglionnaires.

Cette statistique, la seule que nous ayons trouvée sur ce sujet, donne une proportion assez considérable de disparition par tuberculose pulmonaire ultérieure.

Pour *Hamel*, ce déchet s'observerait exclusivement parmi les malades qui, une fois guéris de leur tuberculose ganglionnaire, se trouvent dans des conditions d'hygiène défectueuses. Nous ne pouvons mieux résumer ses conclusions qu'en citant le texte même, au chapitre pronostic :

(extrait de la thèse de Hamel)

« Chez l'enfant, quel pronostic doit-on faire en présence de tuberculose ganglionnaire, mono ou polyganglionnaire ? Il faut se garder d'un pessimisme excessif, comme d'un optimisme exagéré. Il est probable qu'en cinq ou six mois de séjour à la mer l'adénite aura diminué considérablement ou disparu suivant les cas. L'enfant reste-t-il à la campagne, au grand air, avec une vie hygiénique, une alimentation suffisante, il est à prévoir qu'aucune autre lésion ne viendra révéler la tuberculose. Mais qu'au contraire le petit malade, après quelques mois de séjour à la mer ou à la campagne soit enfermé dans un collège, avec une nourriture insuffisante, une hygiène défectueuse, qu'il retourne à la grande ville, dans un atelier ou dans un ma-

gasin, et alors on voit apparaître des manifestations tuberculeuses, osseuses, cutanées ou viscérales.

Le malade doit savoir ces dangers auxquels il est exposé, mais il convient aussi de lui dire que sa tuberculose est dans la majorité des cas, de celles dont on est le maître sans de très grosses difficultés. En suivant des prescriptions hygiéniques d'une exécution facile, en évitant le surmenage, le ganglionnaire pourra fortifier son état général, et échappera à toute manifestation tuberculeuse aussi facilement que la plupart des sujets considérés comme normaux.

Mais si la forme ganglionnaire cervicale de la tuberculose est relativement aisément traitable, cela n'est vrai que pour les malades d'une situation aisée, qui peuvent consacrer un temps suffisant à leur traitement, qui surtout peuvent avoir des occupations ne causant pas un surmenage excessif.

La condition nécessaire à la guérison d'une tuberculose ganglionnaire, c'est qu'après la disparition de l'adénite le malade soit considéré comme un tuberculeux latent.

Il restera en effet longtemps, peut-être même toujours, en puissance de la tuberculose ; mais il ne diffère nullement en cela des malades atteints de tuberculose osseuse, d'une arthrite bacillaire, d'une pleurésie, et même de beaucoup de sujets répétés indemnes de tuberculose, aisément fatigués,

présentant des malaises fréquents, de soi-disant gripes répétées, et qui sont en réalité porteurs de bacilles dissimulés dans quelque organe difficile à explorer.

Mais ce tuberculeux latent peut se soigner de façon telle que, grâce aux précautions prises, et aux soins hygiéniques, jamais la tuberculose ne pourra présenter chez lui de manifestation nouvelle.

C'est pour cette catégorie de malades que reste vraie en partie l'hypothèse d'immunité envers la tuberculose pulmonaire, que jadis monsieur Marfan pensait être le privilège des anciens tuberculeux ganglionnaires ».

Nous avons cité in extenso ce texte, parce qu'il nous apporte, lui aussi, le résumé d'une longue expérience clinique sur l'avenir d'une de ces tuberculoses externes, avenir dont nous verrons combien il est difficile à préciser (4), (5), (6), (7).

En 1921, une première extension est apportée à la loi invoquée par monsieur Marfan. Dans une leçon faite aux Enfants Malades (8), monsieur Marfan rappelle qu'il a avancé en 1886 que la tuberculose ganglionnaire de l'enfance était, de toutes les formes de tuberculoses, la plus immunisante.

Aux écrouelles, il ajoute toutes les lésions tuberculeuses autrefois groupées sous le nom de scrofulé, c'est-à-dire « les caries osseuses, tumeurs blanches, gommes et lupus ; lésions qui se caractérisent par leur bénignité relative et par leur

« pouvoir de conférer *au sujet qui les porte* un certain degré de résistance à la tuberculose ».

La guérison complète n'est plus réclamée comme preuve de cette résistance. On a appris, ainsi que le remarque monsieur *Marfan*, que l'immunité est tout à fait différente pour les maladies chroniques et pour les aigües, fonction de la guérison pour celles-ci, d'infection pour celles-là (9).

En 1922, *Rist* (10) étudiant les localisations extra-pulmonaires ne s'accompagnant pas de tuberculose pulmonaire évolutive, insiste sur certains de leurs caractères :

1°) Leur fréquence dans l'enfance et l'adolescence, leur rareté relative à l'âge adulte.

2°) Leur non coïncidence avec la tuberculose pulmonaire évolutive, dont il apporte pour preuve les statistiques de *Léon Bernard* et *Masselot*.

Sur 1046 adultes tuberculeux pulmonaires,

24: avaient eu des adénopathies cervicales suppurées.

1: un loup.

85: des ostéïdes, tumeurs blanches ou manifestations pleurales.

908: n'avaient présenté aucune localisation antérieure, soit 90,6 %.

3/ L'extrême rareté des cas où les localisations extra-pulmonaires représentent l'accident primitif, et leur gravité habituelle dans ces cas.

4/ L'accident primitif est dans la majorité des

cas pulmonaire; il entraîne la mort rapidement si la dose de bacilles infectante est massive. Si cette dose est minime, la primo-infection qu'elle réalise aboutit à une lésion occulte, et surtout à un état allergique de l'organisme.

En 1924, la thèse de *Camino* (10) fait suite à ces travaux et apporte une deuxième extension à la loi de Marfan.

Les associations des manifestations pulmonaires et extra-pulmonaires de la tuberculose y sont étudiées quelque soit leur mode d'évolution et de précession.

Camino conclue également à la rareté de la co-existence des deux ordres de manifestations, mais en outre, il met en évidence *la rareté globale des tuberculoses extra-pulmonaires, par rapport à la fréquence des manifestations pulmonaires.*

De plus, ces tuberculoses extra pulmonaires s'observent surtout dans l'enfance et l'adolescence.

Aux conclusions de monsieur Marfan, c'est-à-dire à la notion d'immunité conférée au porteur d'une tuberculose *externe*, guérie ou non, vis-à-vis de la tuberculose pulmonaire, il ajoute l'hypothèse que cette immunité est créée par toute manifestation *extra pulmonaire* guérie ou non unique ou multiple. La seule condition nécessaire est que le début de l'accident extra pulmonaire se soit fait dans l'enfance ou dans l'adolescence; chez ces malades la tuberculose pulmonaire serait rare, et de forme fibreuse.

« Au contraire, les localisations extra pulmo-
« naires survenues au cours d'une tuberculose pul-
« monaire, ne sont point immunisantes. »

Ainsi non seulement la guérison complète des tuberculoses extra pulmonaires n'est plus considérée comme un témoin de l'immunité qu'elles confèrent mais encore leur persistance: « leur évolution plus ou moins longue serait le facteur le plus important de cette immunité » (page 27).

On voit que l'étude des faits a fourni aux auteurs des observations différentes, qu'on peut qualifier de contradictoires.

A ces divergences des observations s'ajoutent des divergences des interprétations.

Les uns voient dans la tuberculose extra-pulmonaire le premier stade d'une infection qui se terminera au poumon.

D'autres y trouvent la marque d'un terrain prédisposé à l'éclosion de tous les accidents dus à l'infection tuberculeuse, les pulmonaires au même titre que les autres.

Par ailleurs, les partisans d'un rôle protecteur des tuberculoses extra-pulmonaires envers la tuberculose pulmonaire, attribuent ce rôle à des facteurs différents.

La place de plus en plus grande que prennent depuis quelques années les phénomènes sérologiques, les a mis en tête de ces facteurs.

Dans cette question très complexe, et encore

bien obscure de « l'immunité anti-tuberculeuse », des auteurs éminents se sont efforcés d'apporter quelques clartés.

On a vu l'importance des travaux de Monsieur *Marfan*. Monsieur *Rist* apporte une interprétation plus large encore de cette immunité : La primo-infection, — dans la majorité des cas pulmonaires — conditionne un état allergique de l'organisme.

Cet état allergique rendrait compte de la bénignité et de la localisation des manifestations extra-pulmonaires. Celles-ci à leur tour, entretiendraient cet état, et défendraient leur porteur contre la tuberculose pulmonaire.

Cependant, des incertitudes demeurent encore, qui, malgré la grandeur de l'œuvre accomplie, autorisent à la remettre sur le chantier (12).

CHAPITRE II.

ETUDE DES ARGUMENTS ET DES FAITS

Arguments invoqués à l'appui de l'hypothèse de la création par les tuberculoses extra-pulmonaires, d'une immunité envers la tuberculose pulmonaire.

I. L'avenir pulmonaire des tuberculeux extrapulmonaires

Un des principaux arguments a été fourni par un petit nombre de sujets (2) ayant présenté des manifestations de tuberculose externes sans manifestations pulmonaires ultérieures.

Les observations indiscutables, véritables chefs de file, auxquelles d'autres se sont ajoutées depuis, ne portaient malheureusement que sur des chiffres restreints de malades. En outre, elles concernaient une catégorie particulière de malades : malades suivis, c'est à dire traités, et placés, vraisemblablement dans des conditions d'hygiène favorables.

(2) Cf. Bibliographie.

L'importance de ce dernier point a été déjà développée par *Hamel* (3), qui insiste sur le fait que le pronostic d'avenir des écrouelleux guéris, dépend avant tout d'une surveillance prolongée, évitant le surmenage, et plaçant le sujet dans des conditions lui permettant la lutte contre l'infection tuberculeuse.

Camino, rapporte dans sa thèse des observations qui confirment cette façon de voir, malgré qu'il aboutisse à des conclusions opposées à celles de *Harnel*. Il a en effet, été amené en étudiant la loi énoncée par M. *Marfan*, à rechercher si les manifestations tuberculeuses extrapulmonaires apparues à l'âge adulte, conféraient une défense envers la tuberculose pulmonaire comme celles qui apparaissent dans l'enfance.

M. *Marfan* concluait négativement.

Camino attribue une certaine valeur défensive aux manifestations tuberculeuses extra-pulmonaires de l'adulte : mais il montre que parmi les sujets qu'il a observés : « seuls ne sont pas devenus des « phtisiques les sujets porteurs d'écrouelles qui ont « vu évoluer très longtemps leurs lésions ; l'activité de ces tuberculoses s'est manifestée pendant « plusieurs années ».

Activité sous-entendant une surveillance médicale également prolongée, et le traitement qu'elle comporte.

Le traitement curatif d'une manifestation tu-

berculeuse quelconque n'est-il pas en même temps précisément le traitement préventif de choix vis-à-vis de l'éclosion d'une tuberculose pulmonaire ? (13)

L'étude de l'avenir des tuberculeux extrapulmonaires, à l'aide d'une statistique portant sur de tels malades, se trouverait donc faussée dès l'origine.

Or, ces cas sont précisément ceux que l'on retrouve le plus facilement, et non pas ceux des sujets qui à leur sortie du sanatorium retombent dans le panpérisme et la misère physiologique qu'il entraîne — que deviennent ces malades, qui sont les plus nombreux ?

Il existe dans les observations de tels malades un hiatus, et on ne peut négliger la possibilité de leur disparition par une localisation extra-pulmonaire nouvelle, et grave, survenue peut être avant qu'ils n'aient eu le temps de faire une évolution pulmonaire.

Les tentatives de recherches sur l'avenir de ces malades se heurtent à des difficultés considérables, qui ont empêché leurs auteurs d'aboutir à une statistique précise.

Ils ont pourtant retiré de leurs études l'impression, contraire à celle qui avait conduit M. *Marfan* à énoncer la loi qui porte son nom, que la proportion d'accidents tuberculeux ultérieurs, et terminaux, est énorme chez ces sujets.

Parmi ces conclusions pessimistes des auteurs

qui se sont attachés à la question de l'avenir des tuberculeux extra-pulmonaires, citons *Bailleul* (6) dans sa thèse sur les spina ventosa. Il insiste sur leur fréquence chez le tout jeune enfant, et l'extrême rareté de la constatation de leur guérison chez l'adulte, guérison qui s'accompagne habituellement de déformations caractéristiques.

Calmette (7), résumant les caractères de l'évolution du lupus, note son aboutissement fréquent à la tuberculose pulmonaire : « Le long calvaire des lupiques aboutit à la tuberculose pulmonaire ». Opinion qui diffère de celle à laquelle était arrivé *M. Marfan* en 1868.

Ménard (4) recherchant particulièrement les malades traités pour une tumeur blanche du genou, trouve une lourde mortalité : « conséquence de nouveaux accidents tuberculeux, externes, ou viscéraux ».

Hamel (3) cite dans sa thèse les seules statistiques qu'il ait trouvé sur les résultats éloignés du traitement des écrouelles, (Cf. Historique) *Pégurier* rappelle dans sa thèse la phrase de *Quinquaud*. « Le malade a commencé son existence en scrofuleux, il la termine en phthisique. Et il conclue dans les termes suivants : Admettre qu'une atteinte de tuberculose confère désormais l'immunité pour cette affection, c'est là une opinion qui est grosse de conséquences funestes ; elle aboutit en effet, à laisser vivre de la vie commune, sans précau-

« tions, sans soins préventifs, des malheureux, persuadés que leur maladie est à jamais terminée et que tout traitement devient dès lors inutile. Non, le rôle du médecin n'est pas terminé lorsque toute manifestation locale a cessé. Plus que jamais peut-être ce traitement est nécessaire, c'est surtout au traitement prophylactique que l'on aura alors recours. Il ne faut pas oublier que la phtisie scrofuleuse tardive, qui apparaît alors que tout phénomène scrofuleux a disparu, est souvent d'un pronostic grave.

« Un malade guéri d'une première atteinte tuberculeuse devra toujours en redouter une deuxième : ».

En somme, les observations de tuberculeux extra-pulmonaires exempts de tuberculose pulmonaire concernent vraisemblablement une certaine catégorie de malades, soumis à un traitement plus ou moins prolongé. Une statistique portant exclusivement sur eux serait erronée, à moins qu'elle ne tienne compte de l'influence possible de la thérapeutique.

Mais on ne trouve pas de statistique véritable, à l'exception de ce travail étranger, (cité par Hamel) portant uniquement, sur les écrouelleux, et donnant une proportion assez élevée de décès par tuberculose pulmonaire ultérieure. Les opinions des spécialistes des tuberculoses externes cadrent d'ailleurs avec les conclusions de cette étude.

Les seules observations utilisables pour établir le pourcentage réel de l'évolution de la tuberculose pulmonaire chez les tuberculeux extra-pulmonaires anciens, seraient celles d'un certain nombre d'enfants, soignés pour tuberculose extra pulmonaire, sortis guéris du sanatorium, et *retrouvés* au hasard d'une liste, à l'âge adulte.

Nous avons tenté cette recherche. Mais, si le dépouillement des dossiers de l'hôpital Maritime de Berck, nous a été facile, la recherche des sujets, dix, quinze, et vingt ans après leur sortie de l'hôpital, comportait une enquête à domicile qui n'a abouti que dans un très petit nombre de cas. Cette statistique à peine ébauchée permet cependant de constater la fréquence de l'éclatement secondaire d'accidents pulmonaires graves chez ces sujets.

II. Rareté des tuberculeux extra pulmonaires dans les salles de phtisiques.

Un deuxième argument, en quelque sorte corollaire du précédent a été invoqué : les tuberculeux extra-pulmonaires guéris ou non, ne sont pas retrouvés dans les salles de phtisiques. Ce fait témoignerait de la rareté de l'évolution de la tuberculose pulmonaire après une tuberculose extra-pulmonaire.

Il peut cependant s'expliquer autrement ; on ne trouve en effet pas davantage ces sujets dans les

services hospitaliers autres que les salles de phthisiques.

A l'hôpital Saint Antoine, où nous les avons cherché dans les services de médecine générale et de chirurgie, nous les avons trouvés dans la proportion de 2 à 3 ‰, alors que dans les salles de phthisiques cette proportion était de 6 à 7 ‰.

Au sanatorium de la Tuyolle le pourcentage trouvé a été de 8 ‰.

La rareté des sujets présentant des antécédents de tuberculose extra-pulmonaire dans les salles de tuberculeux pulmonaires, apparaît donc comme un cas particulier d'une loi générale : la rareté relative des tuberculoses extra-pulmonaires. Quant à la rareté plus grande encore de l'apparition de ces tuberculoses extra-pulmonaires chez un phthisique adulte, elle n'est aussi que le corollaire de la rareté des manifestations extra-pulmonaires chez l'adulte.

III. Rareté de la coexistence des deux ordres de manifestations.

La non coexistence habituelle des manifestations pulmonaires et extra-pulmonaires de la tuberculose, a pourtant été considérée comme la conséquence d'une protection exercée par celles-ci envers celles-là.

Il est plus exact de dire que la tuberculose pulmonaire se voit surtout chez l'adulte, alors que les

tuberculoses extra-pulmonaires appartiennent au jeune âge. On n'a cependant pas cherché l'explication de ce fait dans une immunité des enfants envers la tuberculose pulmonaire, ni des adultes envers les tuberculoses extra pulmonaires.

Et d'ailleurs, l'hypothèse de l'existence d'une immunité, hypothèse qui s'appuie sur le résultat de cette fréquence maxima à des âges différents pour les deux ordres de manifestations tuberculeuses, c'est-à-dire sur leur non association, n'explique pas cette bizarrerie : la fréquence, relative, des manifestations tuberculeuses extra-pulmonaires chez l'enfant, alors qu'il est exceptionnel de les observer chez l'adulte. Ce fait est en apparence paradoxal chez les phthisiques.

En apparence seulement, si on envisage les raisons d'ordre anatomique et physiologique, qui, en dehors de tout appel à des phénomènes d'ordre humoral, peuvent rendre compte de cette prédilection des manifestations extra-pulmonaires pour l'enfance.

Ces raisons ont été exposées par *Aubertin* (14) dans l'étude qu'il a faite sur le rôle du terrain dans le développement, de l'infection bacillaire chez l'homme.

Il a mis en évidence l'influence de l'état anatomique et de l'état fonctionnel des organes ou des tissus sur la fixation et le développement in situ du bacille de Koch.

Chez l'enfant, l'activité des tissus en voie de croissance, leur mode de vascularisation, créent des conditions particulières, auxquelles s'ajoutent vraisemblablement des causes favorisantes d'éclatement local.

En effet, on sait la fréquence dans la première enfance des localisations sur les os et les articles superficiels, exposés au traumatisme, alors que les foyers profonds, tels que Pott et coxalgie, apparaissent le plus souvent dans la deuxième enfance et l'adolescence. Calvé. Broca (6.) (15.) (16.)

L'adulte sauvage se comporte comme l'adulte civilisé ; il fait rarement une tuberculose externe, quoiqu'il soit placé devant l'infection dans les mêmes conditions que l'enfant de nos pays. (17).

Ainsi on peut supposer que ces localisations ne sont pas conditionnées par un état huméral particulier, mais par des facteurs d'ordre plus précis, anatomique et physiologique.

Cette hypothèse qui rend compte de la précocité des manifestations extra-pulmonaire dites externes, s'accorde également avec la date d'apparition des manifestations tuberculeuses extra pulmonaire viscérales, génitales, rénales ; la génitale, qui se révèle à la puberté, ou après ; la rénale qui va évoluer très longtemps insidieusement, et pour laquelle s'impose l'analogie avec la tuberculose pulmonaire.

On voit que la non coexistence des deux ordres de manifestations tuberculeuses, pulmonaires et

extra-pulmonaires, ne pose guère la question immunité ; elle paraît dépendre d'éléments auxquels sont soumis toutes les manifestations tuberculeuses, et non pas de la sujétion d'une de ces tuberculeuses aux autres.

IV. Forme particulière de la Tuberculose pulmonaire chez les sujets porteurs d'une manifestation tuberculeuse extra pulmonaire guérie

La tuberculose pulmonaire, lorsqu'elle évolue après une manifestation extra-pulmonaire demeurerait habituellement discrète ; et nous verrons quelles réserves il convient de faire à cette proposition. Cette fréquence relative des formes fibreuses dites bénignes de la tuberculose pulmonaire a été rattachée également, à une immunité imparfaite celle-là, relevant des manifestations tuberculeuses extra-pulmonaires.

Aucune preuve ne vient à l'appui de cette interprétation, qui prête pourtant à discussion.

En effet, on peut considérer le lien qui unit les deux ordres de manifestations comme un élément actif, mettant la tuberculose pulmonaire sous la dépendance des tuberculoses extra-pulmonaires ; mais on peut également considérer ce lien comme un élément passif, traduisant une dépendance commune des tuberculoses extra-pulmonaires et pul-

monaire. Dans ce cas les évolutions de ces tuberculoses se feraient parallèlement, sous la domination d'un même facteur, et sans qu'il y ait lieu d'invoquer une action réciproque.

Ce facteur commun se trouve dans les antécédents de ces malades ; deux groupes de faits y sont à envisager :

1) Chez l'enfant, les accidents extra-pulmonaires, ainsi que *Cordey* l'a montré dans sa thèse, dépendent d'une contamination beaucoup moins importante que celle qui aboutit à l'éclosions d'accidents pulmonaires.

2) Chez l'adulte, les tuberculoses pulmonaires fibreuses discrètes, en particulier la pleurésie séro-fibrineuse, relèvent d'une contamination habituellement peu importante, extrafamiliale, et dont souvent même la preuve ne peut être faite.

Ainsi, la même modalité de contagé se retrouve à l'origine des tuberculoses extra-pulmonaires, et de la tuberculose pulmonaire fibreuse, de cette tuberculose de la trame (19) dont le type est la pleurésie séro-fibrineuse. (18)

Le rôle considérable joué par l'importance de l'infection tuberculeuse dans la forme de la tuberculose de l'enfant paraît hors de doute (20)(21) (24) (23) et, cette constatation permet de mettre en cause ce facteur étiologique dans un essai d'explication des formes de la tuberculose pulmonaire de l'adulte (22).

La forme discrète de la tuberculose pulmonaire chez les sujets porteurs de manifestations extra-pulmonaires peut donc être attribuée, en partie tout au moins, aux conditions matérielles⁽¹⁾ de l'infection originelle.

Nous verrons qu'à côté de ce facteur étiologique, le facteur thérapeutique joue un rôle sans doute plus important encore.

V. — Caractères des manifestations extra pulmonaires.

En outre des faits et des arguments précédents apportés comme preuves de l'existence d'une immunité antituberculeuse créée par les manifestations tuberculeuses extra-pulmonaires, il reste à envisager un argument tiré de la forme même de ces dernières.

A. Bénignité apparente

Un de leurs caractères essentiels serait en effet la bénignité, elles entraînent exceptionnellement la mort, et leur évolution habituelle est la guérison. On a voulu voir là le résultat d'une défense particulière de certains tissus, qui réagiraient devant le bacille de Koch, « in situ », en localisant la lésion, et à distance, en créant une im-

(1) (C'est-à-dire aux conditions indépendantes de la résistance de l'organisme)

munité, qu'il faut appeler « élective » vis-à-vis de la tuberculose pulmonaire.

Cette faculté de localisation de ces lésions, l'absence de leur retentissement sur l'état général, ont conduit à les qualifier de « Tuberculoses atténuées »

« Cependant, il faut observer tout d'abord, qu'elles n'ont pas toujours cette allure, et ensuite que leur bénignité, lorsqu'elle existe, n'implique l'emploi du mot atténuation que dans des conditions qu'il convient de préciser.

En effet, une manifestation tuberculeuse extra-pulmonaire n'est pas forcément bénigne, (nous avons fait abstraction de la tuberculose méningée) et il ne semble pas que ce soit l'atteinte de certains tissus qui règle seule l'évolution de l'infection tuberculeuse..

Il existe des tuberculoses qui, frappant ailleurs qu'au poumon, sont pourtant dépourvues de bénignité. Témoin la gravité des cas où elles représentent l'accident primitif, la lésion de primo-infection. (25.) (29) (27).

Ces cas sont exceptionnels, mais l'évolution de ces chancres d'inoculation extra-pulmonaires, avec adénopathie du territoire de l'inoculation, n'est pas en faveur de ce rôle défensif attribué à certains tissus (1).

(1) D'ailleurs, si les tissus ne paraissent pas atténuer le virus, il ne semble pas davantage s'agir d'un virus primitivement atténué. (28) (29) (32)

Il semble qu'un des éléments de gravité de ces localisations extra-pulmonaires soit le même que celui qui a été mis en évidence pour l'accident pulmonaire habituellement premier en tête, et c'est la quantité de bacilles inoculés. (25).

Certaines tuberculoses extra-pulmonaires sont donc graves, et elles le sont au même titre qu'une manifestation tuberculeuse pulmonaire de même ordre: dans un cas comme dans l'autre, le pronostic immédiat dépend vraisemblablement de la dose de bacilles infectante.

Réciproquement, n'est-on pas autorisé à rattacher la bénignité de la plupart des manifestations tuberculeuses extra-pulmonaires au fait qu'elles sont des lésions pauci-bacillères plutôt que des tuberculoses atténuées.

En effet, ces localisations extra-pulmonaires si elles sont cliniquement primitives, sont dans la règle, anatomiquement secondaires et le foyer primitif, s'il ne siège pas au p^{ou}mon, ne le laisse jamais indemne. Or, ce foyer pulmonaire original, s'il est important évolue pour son compte sans que les lésions extra-pulmonaires aient pu se manifester. Si on les observe, elles font alors partie du tableau grave de la généralisation.

Ainsi le nourrisson exposé à une contamination massive et répétée meurt-il de broncho-pneumonie ou de tuberculose généralisée.

Les tuberculoses locales s'observent au con-

traire dans les familles où les conditions de la contamination ne réalisent qu'un contage minime.

Ce fait (20), (21), (22), (23) confirme l'hypothèse que la bénignité de ces lésions relève, au moins en partie du petit nombre de bacilles qui les détermine. Ici encore on retrouve le rôle important, vraisemblable sinon certain, de ce facteur étiologique : la dose importante.

On peut considérer que le sujet présentant une manifestation extra-pulmonaire a échappé, au moment des premiers contages à l'évolution immédiate de la lésion pulmonaire, constante. (30)

A dose infectante minime, correspond une lésion pulmonaire qui peut demeurer latente et ne se traduire ultérieurement que par l'apparition de la tuberculino-réaction : fonction d'infection et non d'immunité (31).

Le mot lésion est peut-être trop fort pour qualifier les réactions locales produites par le bacille, c'est de là que pourra émigrer ce bacille pour frapper d'autres organes.

Outre ce petit nombre de bacilles les déterminant, ces lésions possèdent une seconde particularité : la précocité avec laquelle elles se révèlent, dans le jeune âge habituellement, alors que la tuberculose pulmonaire demeure latente jusqu'à l'adolescence.

L'éclatement de ces tuberculoses, surtout des tuberculoses externes, est sans doute favorisé par

des causes locales, dont on a vu l'importance telles que la croissance, le traumatisme.

Il y a là une différence à souligner entre lésions pulmonaires et extrapulmonaires.

Le tissu pulmonaire se comporte comme s'il était plus tolérant vis-à-vis du bacille que les tissus dont l'atteinte forme le groupe des tuberculoses externes.

C'est-à-dire que la lésion pulmonaire demeure occulte; rien ne décèle cliniquement la présence du bacille de Koch dans le parenchyme pulmonaire, rien ne révèle la souffrance de l'organe.

Nous insistons sur cette latence d'une tuberculose pulmonaire minime, curable; latence qui s'oppose à l'importance des signes cliniques qui témoignent de l'existence d'une tuberculose externe analogue, minime et curable.

Cette considération s'applique en effet au corollaire de la bénignité — toute relative — des manifestations tuberculeuses extra pulmonaires : la gravité habituelle des manifestations tuberculeuses pulmonaires. Or, une lésion pulmonaire minime participe du caractère bénin attribué aux seules lésions extra pulmonaires.

La différence et l'opposition des deux ordres de manifestations se retrouvent à première vue, lorsqu'elles évoluent, les unes conservant un pronostic bénin le plus souvent, alors que les autres pren-

nent une allure grave. Mais différence plus apparente que réelle, et qui ne justifie pas l'opposition de la bénignité des unes à la gravité des autres.

Elle tient pour beaucoup à la fonction de l'organe frappé, élément de fixation et de développement du bacille de Koch (*Aubertin* (14) mais aussi élément de pronostic. Si l'organe frappé est peu important, sa destruction même ne confèrera pas à cette tuberculose dite locale un pronostic sévère quod vitam.

Deux ordres de faits sont à envisager à ce point de vue : les tuberculoses externes, l'ancienne scrofule, d'une part, et les tuberculoses viscérales extra-pulmonaires, rénales, génitales, péritonéales. La tuberculose méningée garde une place à part et ne peut entrer dans aucun cadre.

1) Les tuberculoses externes, si elles sont de toutes les plus curables, si leur évolution se fait habituellement vers la guérison, ne guérissent cependant (à l'exception de certaines adénites) pas sans désordres durables. Elles laissent comme séquelles des pertes de substances et des déformations parfois considérables, et celles-ci ne sont tolérées que parce qu'elles ne touchent pas à un organe vital. La guérison peut comporter la perte totale de la fonction articulaire par exemple, et la bilatéralité si elle existe, n'empêche pas là, le traitement de choix : l'immobilisation.

Autre chose est la destruction du paren-

chyme pulmonaire dès qu'elle dépasse une certaine étendue ; quant à la bilatéralité de la tuberculose pulmonaire, elle est un empêchement à l'immobilisation, d'ailleurs toujours incomplète, que peut réaliser le pneumothorax.

La deuxième catégorie de faits comprend les tuberculoses viscérales extra-pulmonaires ; celles-ci peuvent être bénignes, si on les envisage à un stade correspondant au début de leur évolution, alors qu'elles n'ont pas encore compromis la fonction de l'organe qu'elles touchent.

Mais on ne peut employer le terme de bénignité, pour une tuberculose rénale dont l'évolution, abandonnée à elle-même, aboutira à la destruction du parenchyme rénal, d'un, puis des deux côtés. Seule, la possibilité d'une exérèse conditionne une évolution favorable, qui dépend entièrement du traitement.

Grave également, la tuberculose génitale, en l'absence d'un traitement efficace, par les complications viscérales qu'elle entraîne, si ce n'est par la destruction du viscère atteint. Il en va de même pour la forme localisée, cœcale, de la tuberculose intestinale.

On le voit, on ne peut considérer comme bénigne une localisation tuberculeuse dont le pronostic, grave n'est amélioré que par le traitement appliqué.

Le traitement, unique facteur de la bénignité éventuelle des tuberculoses viscérales extra-pulmonaires, joue également un rôle important dans la bénignité des tuberculoses externes, celle-ci, déjà donnée au départ par le caractère pancibacillère de ces lésions et la structure de l'organe qu'elles atteignent, est encore commandée par le traitement. Il est en effet précoce, car l'action du bacille sur ces tissus se manifeste rapidement par des réactions douloureuses ou déformantes ; c'est ce qui se passe pour un article, un ganglion ; la lésion est à peine perceptible radiographiquement et déjà l'enfant boite, et l'article est fixé par la contracture réflexe des muscles dans la position de moindre souffrance.

Ces réactions, souvent bruyantes et qui ne risquent pas d'être méconnues, déterminent une sanction thérapeutique qui surprend la lésion à son stage de début : il est fréquent que la douleur et une hydarthrose dont le liquide tuberculisera le cobaye, soient les indications d'une immobilisation immédiate, et surtout prolongée, dont la nécessité n'est pas discutée.

Un rapprochement s'impose ici avec cette forme bien spéciale de tuberculose qu'est la pleurésie séro-fibrineuse, exemple d'une manifestation tuberculeuse pulmonaire, minime, curable, mais dont le pronostic d'avenir est subordonné au traitement, et à sa prolongation.

L'importance des règles de ce traitement a été récemment établie par Bezançon et Weil. (18).

Le traitement des tuberculoses externes, s'il est précoce, est encore énergique. Il comporte comme facteur essentiel le repos continu et prolongé souvent des années, alors que le malade est en excellent état général. Mais la crainte d'une rechute, crainte justifiée par l'expérience acquise permet de fixer à quelques mois près la durée d'un traitement qui se chiffre par année pour certaines localisations.

L'importance de la prolongation de ce traitement est considérable. On a vu toute la valeur que lui attache Ménard (de Berck) pour l'établissement et le maintien chez ces malades, de la défense de l'organisme contre la tuberculose actuelle et celles à venir.

Camino dans sa thèse, étudiant un certain nombre d'adultes chez lesquels les écoulements avaient débuté à l'âge de vingt ans, est frappé de « ce fait que : « seuls ne sont pas devenus des phthisiques les sujets porteurs d'écoulements qui ont « vu évoluer très longtemps leurs adénopathies cervicales, soit avant, soit après suppuration »

On est autorisé, à penser qu'à cette persistance de l'activité du foyer externe correspondait une prolongation du traitement adéquat.

Un tel traitement n'est-il pas susceptible de

jouer un rôle considérable dans l'avenir de ces sujets, qui se trouvent placés dans les conditions les moins favorables du développement d'une tuberculose pulmonaire, ainsi que l'ont montré *Bezançon* et *Braun*. (1)

L'atténuation, si elle existe, ne porte donc que sur les conséquences fonctionnelles de ces tuberculoses extra-pulmonaires.

Elle relève d'un facteur étiologique commun avec les manifestations discrètes de la tuberculose pulmonaire, la modalité de la contamination qui a réalisé l'infection chez l'enfant. Elle relève enfin de l'action du traitement, qui se trouve facilité précisément par ces deux derniers facteurs.

B) Opposition à la gravité de la tuberculose pulmonaire

L'opposition entre la gravité de la tuberculose pulmonaire et la bénignité des manifestations tuberculeuses extra-pulmonaires paraît légitime à première vue, si on considère la fréquence de la tuberculose mortelle. Mais celle-ci ne doit pas laisser oublier l'égale fréquence de la tuberculose pulmonaire qui fait du malade un infirme, trop souvent véritable déchet social dont la longévité n'est que peu diminuée.

Plus fréquents encore, et surtout plus importants à reconnaître, sont les cas de tuberculose pulmonaire qui pourvoient en quelque sorte les

précédents. Ici les lésions sont si discrètes qu'on hésite à les soupçonner, en l'absence de signes stéthoscopiques ou radiologiques, malgré les indications tirées de l'état général, si un incident révélateur, comme une hémoptysie, ne vient parfois confirmer le diagnostic et imposer le traitement.

Cet incident, premier signe indiscutable d'une évolution pulmonaire, peut en demeurer le dernier lorsque le traitement est suffisant.

Ainsi, une hémoptysie d'alarme sans autre signe, une pleurésie sérofibrineuse sont-elles comparables à ces accidents extra-pulmonaires qui restent chez un malade l'unique manifestation de sa tuberculose.

Cependant, si un tel avertissement n'entraîne pas une surveillance prolongée, si ce malade après une convalescence de quelques semaines, reprend une vie fatigante, cet épisode pleural ne sera que le début d'une évolution pulmonaire. (18)

Ces tuberculoses pleuro-pulmonaires discrètes méritent-elles aussi le qualificatif de bénignes, sans qu'on puisse les opposer aux tuberculoses ulcéro-caséeuses terminales qui sont parfois leur aboutissant.

Il semble que le lien qui les réunit doive être cherché moins dans un état humoral encore indéterminé que dans le traitement appliqué.

C) Rôle du traitement dans l'atténuation des manifestations pulmonaires.

Il ne paraît pas exagéré d'affirmer que les manifestations pulmonaires de la tuberculose peuvent aussi être « atténuées », et que la conservation de ce caractère est conditionnée par l'établissement et le maintien de la thérapeutique adéquate.

Or, ici comme pour les autres tuberculoses, le traitement efficace demande la mise au repos de l'organisme, et l'immobilisation de la lésion.

Mais on n'a plus la ressource de l'exérèse, si souvent employée pour les autres tuberculoses, et l'immobilisation réalisée par le pneumothorax n'est jamais qu'imparfaite.

Le traitement est donc d'une application difficile ; il est fréquemment plus difficile encore de faire admettre son institution, et surtout sa prolongation, chez certains sujets, qui se présentent à peine comme des malades. L'état général est peu touché, rapidement relevé par le repos ; les signes fonctionnels sont réduits au minimum : on peut dire que là où le traitement d'une manifestation locale, articulaire par exemple, se chiffrait par années, celui d'une manifestation pulmonaire se chiffre par mois.

La difficulté dans l'établissement du traitement est maxima dans les cas où le diagnostic n'a trouvé

pour s'appuyer, en dehors des signes traduisant le fléchissement de l'état général, que des arguments étiologiques.

Ce sont ces malades sur lesquels *Bezanson* et *Braun* (13) ont attiré l'attention : « chez les tuberculeux possibles, probables même, qui présentent déjà vraisemblablement de toutes petites lésions anatomiques tuberculeuses, quoique insuffisantes pour donner lieu à des manifestations cliniques.. le traitement va avoir pour but *d'empêcher* l'apparition de l'incident tuberculeux typique.

« Ce traitement, c'est le repos que nous considérons comme le moyen thérapeutique spécifique que de la lésion tuberculeuse.

« Ce traitement sera d'autant plus facile à appliquer que le diagnostic aura été posé de façon plus précoce : en effet, l'intensité et la durée du repos nécessaire pour obtenir la guérison d'une lésion minime, vont devoir être beaucoup moins grandes que lorsqu'il s'agit de lésions graves. »

Or, la surveillance médicale qui conditionne ce traitement préventif, a d'autant plus de chance de pouvoir s'établir, et d'être tolérée, que le sujet a présenté une manifestation tuberculeuse évidente, l'amenant au dispensaire ou à l'hôpital — c'est le cas des tuberculoses extra-pulmonaires.

**D) Rôle préventif du traitement des manifestations
tuberculeuses extra pulmonaires vis-à-vis
de l'éclatement de la tuberculose pulmonaire de l'adulte.**

On est ainsi amené à envisager l'influence possible du traitement curatif d'une manifestation tuberculeuse extra-pulmonaire sur une tuberculose pulmonaire à lésions anatomiques, sur une tuberculose pulmonaire à manifestations anatomiques minimales, c'est-à-dire sans manifestations cliniques.

Le traitement paraît jouer ici un rôle préventif, vis-à-vis de l'éclosion de cette tuberculose pulmonaire chez ces anciens tuberculeux extra-pulmonaires. Peut-être ne fait-il que la maintenir au-dessous du seuil clinique.

CHAPITRE III

Interprétations des faits cliniques et des données expérimentales

I. L'hypothèse de l'immunité

L'introduction de l'idée d'immunité dans la question a été d'une importance considérable pour tous les travaux ultérieurs à celui de monsieur Marfañ.

Mais l'importance même de cette notion lui a fait déborder les cadres de la question du retentissement des manifestations tuberculeuses extra-pulmonaires sur la tuberculose pulmonaire, et à rendu difficile sa délimitation et son application aux faits d'observation.

L'immunité en matière de tuberculose n'est en effet pas comparable à l'immunité des autres maladies infectieuses, fonction d'infection pour celle-ci, de guérison pour celles-là — (*Bezançon* et de *Serbonnes* (33).

Il s'agit d'une résistance à l'infection hétérogène qui ne doit pas être confondue avec l'immunité bactérienne banale (34) *Calmette* et *Vallée*).

Les faits cliniques n'apportent pas la preuve qu'une première manifestation entraîne un certain degré d'immunité, (*Bezançon* et *Philibert*. (31) (*Aubertin* (14).

Les faits expérimentaux, s'ils apportent plus de clarté, demeurent en grande partie inapplicables à l'interprétation des faits cliniques. Le phénomène de Koch du cobaye, témoin de la résistance considérable de l'animal à une nouvelle infection hétérogène, n'est pas un témoin d'une résistance à l'infection tuberculeuse primitive, puisque celle-ci entraîne la mort de l'animal. Il est difficile de l'appliquer à la clinique et aux faits d'auto réinfection humaine.

D'ailleurs les faits établis pour le cobaye ne sont pas retrouvés chez une autre espèce animale, et le phénomène de Koch, en particulier ne peut être reproduit chez le lapin. (*Philibert* et *Cardey* (35). *Bezançon* et *Philibert*. (36). La réinfection chez le lapin évolue de façon beaucoup plus analogue à la tuberculose humaine, chez le lapin. la première inoculation agit en sensibilisant le terrain, mais cette première infection est, comme chez l'homme, susceptible de guérison.

La recherche de l'influence réciproque d'un foyer ostéo-articulaire et d'une tuberculose pulmonaire, a été faite par *Philibert* et *Cordey* (35).

Ils ont constaté : 1° que l'infection articulaire ne présentait, chez les lapins tuberculisés antérieu-

rement, aucun caractère particulier, et par contre que la lésion ainsi greffée réveillait, ou déterminait des lésions pulmonaires.

2°/ que l'existence d'un foyer ostéo-articulaire ne déterminait aucune protection vis à vis de la réinfection pulmonaire chez le lapin, ni même de modification quelconque de la lésion pulmonaire.

Si par contre chez l'homme, certaines observations rappellent par leurs caractères évolutifs le phénomène de Koch, celui-ci devrait être considéré comme témoin d'une hypersensibilité dont les conditions de développement demeurent imprécises ; sa signification en tous cas ne peut être celle d'une immunité, ni générale, ni élective. (*Bezanson et Philibert* (36)).

Il ne semble donc pas que l'on puisse incriminer un rôle joué par le retentissement des manifestations tuberculeuses les unes sur les autres dans leur évolution ; tout au moins par un retentissement dépendant d'un processus humoral.

Le mécanisme de ce retentissement, s'il existe, paraît devoir être rattaché à des facteurs d'ordre beaucoup plus simple.

II. Autres hypothèses

Importance des facteurs d'ordre anatomique et physiologique dans les manifestations de l'infection tuberculeuse.

1) Structure des tissus et des organes

Le mode de vascularisation est particulièrement important, ainsi que la conformation des canaux excréteurs, se prêtant ou non à la stagnation des bacilles (*Aubertin,*) (14).

Ainsi certains tissus paraissent-ils réfractaires au développement du B. K, tels le cartilage, les tendons, nerfs et parois vasculaires. D'autres sont rarement atteints : tels : l'épiderme, les voies d'élimination bacillaire. Il semble qu'il faille que le courant de l'excrétion d'une voie d'élimination quelconque soit ralenti pour que la stagnation des germes permette leur développement.

D'autres tissus vont au contraire réaliser les conditions nécessaires à l'accès, à la fixation et à la multiplication du Bacille de Koch. Grandes voies d'accès, vascularisation importante, mais relativement ralentie, réalisées par la structure pulmonaire en particulier.

2) Etat fonctionnel des organes

Il joue également un rôle important dans la fixation et le développement du B. K.

Ainsi certaines localisations sont-elles l'apanage de l'enfance : spina ventosa, en rapport avec

la vascularisation de la diaphyse. (*Bailleul*, (6) tuberculose du calcanéum *Chicandart* (37) du ma-
laire, du cubitus.

La tuberculose ganglionnaire s'observe aussi chez l'adulte, mais surtout chez l'adulte sauvage, (*Borrel*, (38), chez lequel il n'y a pas cette infection antérieure minime, mais susceptible de déterminer des modifications de structure des organes leucocytaires ; infection habituelle chez le civilisé.

Chez le sauvage, ces organes, malgré leur régression à l'âge adulte, demeurent en quelque sorte perméables au B. K.

D'autres localisations, génitale, mammaire, évoluent habituellement à la période d'activité de ces glandes ; la tuberculose articulaire s'observe avec son maximum de fréquence sur les articulations qui ont les mouvements les plus étendus.

Par contre la tuberculose se développe rarement sur les dystrophies acquises de l'appareil locomoteur, ainsi que le montre l'enquête d'Aubertin (loc. cit.)

Les localisations de la tuberculose sont donc, en partie tout au moins, conditionnées par la structure des organes, leur mode de vascularisation, leur activité fonctionnelle.

3/ Action du traitement

a) Son rôle dans l'apparente bénignité des manifestations tuberculeuses extra-pulmonaires.

La fonction de l'organe joue encore un rôle dans l'évolution ultérieure de la localisation ; la mise au repos de l'organe est la base de tout traitement rationnel. Elle sera d'autant plus facilement réalisée qu'il s'agira d'un organe à fonction non vitale. D'où l'apparente bénignité des localisations extra-pulmonaires, comparée à la gravité de la tuberculose pulmonaire, pour laquelle le pneumothorax ne réalise qu'une immobilisation relative et dont la bilatéralité comporte un pronostic sévère. (Cf. chapitre rôle du traitement dans l'atténuation de la tuberculose pulmonaire).

b) Rôle empêchant du traitement des manifestations tuberculeuses extra-pulmonaires sur l'éclatement de la tuberculose pulmonaire.

Le traitement des manifestations extra-pulmonaires comporte avant tout le repos. Repos prolongé souvent des années, alors que l'état général du sujet le fait considérer comme un infirme plutôt qu'un malade.

Or, de tels sujets s'ils étaient aptes à faire une évolution pulmonaire se trouvent, par le fait de la prolongation du traitement de leur manifestation tuberculeuse extra-pulmonaire, soumis au traitement préventif d'une manifestation pulmonaire.

L'hypothèse de l'action du traitement appliqué aux tuberculoses extra-pulmonaires, sur l'avenir pulmonaire de tels sujets, hypothèse déjà énoncée par *Hamel* (3), ne paraît pas devoir être rejetée.

On verra au chapitre suivant, les difficultés que comporte la vérification de cette hypothèse, mais les résultats concordants de l'enquête que nous n'avons pu qu'ébaucher.

Outre l'action du traitement, on est en droit de faire intervenir la modalité de la contagion qui a réalisé la primo infection de l'enfance.

Il s'agit en effet dans la règle d'une petite contamination, *insuffisante* pour produire une évolution pulmonaire dans les années suivantes, (Cordey 20.) c'est-à-dire dans l'enfance.

Mais, sous l'influence de facteurs encore mal connus, parmi lesquels, il faut faire une place aux conditions anatomiques et physiologiques des organes et des tissus, il se produit une ou plusieurs manifestations tuberculeuses extra-pulmonaires. Celles-ci ont pour conséquence l'application des règles d'hygiène qui sont à la base même de la lutte contre la tuberculose.

Cependant, si la tuberculose pulmonaire évolue ultérieurement chez ces sujets, elle revêt volontiers une forme particulière torpide, discrète ; cette allure particulière est vraisemblablement sous la dépendance du traitement, même insuffisant, qui a été appliqué à la manifestation locale antérieure. Elle est encore en rapport avec le mode de contamination qui a produit la première infection, responsable des deux ordres de manifestations. (C.f. chap. II 4.)

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Recherche de la fréquence de l'éclatement de la tuberculose pulmonaire chez les sujets ayant présenté et guéri des manifestations tuberculeuses extra-pulmonaires.

Il existe dans un service hospitalier quelconque deux catégories d'observations, l'une, de tuberculeux extra-pulmonaires que leur phtisie amène à l'hôpital, l'autre, de tuberculeux extra-pulmonaires qui continuent à venir à l'hôpital soit par suite de la persistance des accidents, soit dans le seul but d'une surveillance médicale.

Ni l'une ni l'autre ne peuvent servir de base à l'établissement d'une statistique permettant de préciser la fréquence de l'éclatement secondaire d'accidents pulmonaires chez ces sujets.

Nous avons eu recours à une troisième catégorie d'observations. Nous avons recueilli à l'hôpital Maritime de Berck, parmi les dossiers des années 1910 et 1907 — 1908 un certain nombre d'ob-

servations, et choisi celles qui portaient un diagnostic précis, et la mention : « sorti guéri : »

Une lettre écrite à la main pour éviter à cette enquête l'allure d'une circulaire, fut envoyée à l'adresse donnée par les parents de l'enfant lors de sa sortie.

Près de trois cent lettres n'amènèrent qu'une trentaine de réponses ou de visites. Des empêchements de l'ordre le plus banal en ont été cause ; le changement de domicile, au cours de la guerre ou à sa suite, s'accompagnant souvent du changement du concierge de l'immeuble, a été une cause fréquente de la perte de la trace du sujet, et du retour de la lettre avec la mention « inconnu »

La rubrique « parti sans laisser d'adresse » pour être moins fréquente, n'était pas rare.

Les quelques trente réponses obtenues, émanaient pour la plupart, lorsqu'elles avaient trait à des sujets actuellement bien portants, des malades appartenant à un milieu relativement aisé.

Sur ce nombre, nous comptons une douzaine de visites de ces anciens malades ou de leurs parents. L'interrogatoire, facile dans ces conditions nous a permis de vérifier que le genre de vie de ces sujets, non seulement ne comportait pas de surmenage, mais au contraire très souvent le souci d'une hygiène rigoureuse.

Les réponses nous apprenant la mort du malade étaient presque toutes illettrées. Les visites que

nous avons pu faire, dans ces cas, nous ont conduit, comme dans l'observation type que nous donnons, dans des loges insalubres, et des intérieurs misérables.

Décès par tuberculose pulmonaire

Obs. n° 414. 10. MOU... Armande.

Diagnostic d'entrée à l'Hôpital Maritime : à un premier séjour à l'âge de 11 ans.

Adénite cervicale suppurée, sort guérie à 12 ans, en 1908.

En 1909, récédive, nouveau séjour à Berck.. 1910, à 14 ans, sort guérie.

Visite aux parents, actuellement bien portants — (Père bronchite chronique et hybique).

Maison insalubre. Paupérisme.

Huit enfants. Six vivants, bien portants.

La malade était l'aînée ; employée dans une maison de couture ; travaillait le soir pour les cadets.

Une sœur soignée à Berck pour tumeur blanche du genou.

La malade est morte à l'âge de vingt ans, de tuberculose pulmonaire.

Obs. n° 472. 10. VAN... Madeleine.

Diagnostic d'entrée : Adénite carotidienne supérieure non suppurée — Pérítónite bacillaire ascitique.

Sort guérie à 13 ans.

Deux ans après, évolution pulmonaire en même temps que rechute pérítónéale.

Visite à la grand mère qui l'avait élevée. Blanchisseuse. Logis insalubre.

Les autres enfants, élevés par la mère sont bien portants.

Obs. N° 601. 09. MAR... Henri.

Diagnostic d'entrée : Spina ventosa fistuleuse de 2^{ème} phalange de l'index droit.

Adénopathie inguinale et carotidienne.

Sorti guéri à 8 ans et demi.

Réponse du père à la lettre d'enquête : Mort à 17 ans, « de la poitrine. »

Obs. N° 51, 08. CAS... C.

Pas de diagnostic d'entrée.

Sorti guéri.

Mort à 18 ans, « d'une maladie de poitrine, comme sa mère ».
(Lettre de parente).

Obs N° 4. 10. PIL... Marcel.

Péritonite tuberculeuse à 13 ans.

Sorti guéri en 1910.

Visite de sa belle-sœur : Mort en 1921, après avoir fait la campagne 1914 à 1917 sur le front, et avoir été gazé ; serait mort d'affection pulmonaire consécutive — chronique. (On n'a pas pu avoir le dossier de réforme.)

Malade retrouvé porteur de tuberculose pulmonaire

Obs. N° 479. 10. CL... Marcel.

Spina ventosa.

Sorti guéri en 1910 à l'âge de 3 ans.

Lettre de la mère : Resté enfant débile. Séjour en préventorium.

Puis suivi par médecin en ville.

Lettre du médecin : D^r LIERRE : Lésion apicale discrète

Réformé, ajourné : 59 kilos pour 1 mètre 71

Vit avec sa mère.

Malades morts d'une autre localisation extrapulmonaire

Obs. 822-06. Bastide...

Arthrite du genou. Ankylose

Sorti guéri, très bon aspect.

Visite de la mère : Enfant mort à 18 ans.

Rechute, puis ostéite cortale, arthrite du coude, suppuration persistante, cachexie.

Obs. n° 601-09 MAR... Henri.

Spina fistuleux 2^{ème} phalange index droit.

Adénopathie inguinale et carotidienne S.G. à 8 1/2.

Lettre du frère du malade : mort à 17 ans de méningite

Malades retrouvés en bonne santé

Obs n° 70-10, BON... Charles.

Spina ventosa de la phalangette du gros orteil gauche

Sorti guéri en 1910 à 9 ans 1/2.

Visite de la mère, dès qu'elle a reçu la lettre d'enquête.

Le malade a 26 ans actuellement.

Pas d'antécédents familiaux, mais élevé en nourrice jusqu'à l'âge de 4 ans.

Fils unique, toujours délicat, entouré de soins ; milieu relativement aisé.

En 1916 : Epididymite ; castration unilatérale.

Depuis : réformé d'emblée, n'a pas été mobilisé.

Marié depuis 4 ans. Continue à se surveiller. Vie régulière vacances.

Obs. n°325-08 ANG... Henriette.

Tibio tarsienne. Astragalectomie.

Sortie guérie en 1908 à 4 ans 1/2

Visite de la malade. accompagnée de sa mère. Pas d'antécédents familiaux. Aspect médiocre, n'a jamais travaillé. Surveillance de la mère. Les autres enfants bien portants, plus âgés:

Obs, n° 763-09 MARCH. . Louis.

Arthrite, du genou droit. Ankylose.

Sorti guéri 1909 à 13 ans.

Visite du malade. Bon aspect.

Pas d'antécédents familiaux. Parents actuellement bien portants.

Fils unique. Travail modéré, milieu plutôt aisé. Marié depuis 10 ans

Pas d'enfants.

Obs. n° 208-10. LAB... Renée.

Adénite sous angulo maxillaire.

Sortie réclamée par ses parents.

Visite de la parente qui l'a élevée et choyée, après la mort des parents, par la tuberculose pulmonaire, pendant le séjour de l'enfant à l'hôpital maritime.

Parente sans enfant, aisée.

Actuellement travail très modéré à domicile. Santé toujours délicate.

Obs. n° 242.08. DEL... Louis.

Pas de diagnostic de Maritime (perdu).

Visite du malade ; bon aspect, cicatrices d'écrouelles.

Pas d'antécédents familiaux.

Parents actuellement bien portants.

Le malade a vécu chez eux jusqu'à son mariage. A 2 enfants bien portants.

Obs. n° 62.10 CARP : Jeanne.

Adénite carotidienne.

Sortie guérie à 9 ans en 1910.

Nouveau séjour pour récurrence.

Sort guérie à 11 ans.

Visite à la mère, surveillante dans les Hôpitaux de l'Assistance :

Pas d'antécédents familiaux.

Fille unique. Ne travaille pas, quoique en très bonne santé. Très choyée par la mère.

Obs. n° 288.10. RAP... Maurice.

Pott dorsal ancien.

S. g. avec grosse gibbosité à 8 1/2.

Visite du malade, accompagné de sa mère. Pas d'antécédents familiaux Vit à la campagne, travaille chez lui.

Obs. n° 782.07. DEL... Maurice.

Coxalgie gauche.

S. g. ankylosé.

Réponse : très bien portant.

Obs. n° 116.95. LER... Gabriel.

Coxalgie : entré 1905.

S. g. 1910.

Réponse : en bonne santé.

Obs. n° 345.09. MAR... Blanche.

Genou ankylosé.

S. g. à 13 1/2.

Réponse : en bonne santé.

Obs. n° 227.10. BON... .

Adénopathie carotidienne bilatérale.

Ponctionnée. S. g. 1910 à 11 1/2.

Réponse : longtemps délicate, a du se ménager, actuellement bien portante.

Obs. n° 496.08. BR... Abel.

Coxalgie. S. g. à 14 1/2 en 1908.

Bien portant. Mobilisé dans l'aviation. Sportif, malgré l'ankylose de la hanche.

Obs. n° 933.07. BI... Edmond.

Genou ankylosé. S. réclamé.

Lettre de la mère : malade suivi chez lui à son retour de Berck par médecin.

Lettre du malade : bien portant, profession libérale.

Obs. n° 152.08. Th... Roger.

Adénopathie carotidienne

S. g. à 8 ans en 1908.

Lettre du malade. Aucun antécédent familial.

Obs. n° 47.08. BAS... Georges.

Coxalgie gauche.

Ankylose. S. g. à 9 ans.

Lettre de la mère : bien portant.

Obs. n° 237.08. BAR... Georges.

Diagnostic de Berck perdu.

Lettre du malade : bien portant.

Trois autres réponses ; une mort au champ d'honneur.

une mort accidentelle.

une lettre d'enquête.

retournée avec la mention « décédée ».

Recherche de la proportion de tuberculeux extra pulmonaires anciens hospitalisés dans les services de phtisiques, de médecine générale et de chirurgie, et dans un sanatorium.

1° A l'hôpital St Antoine.

Dans les salles de tuberculeux pulmonaires 6 à 7 %.

«	«	«	médecine générale	} 2 à 3 %.
«	«	«	chirurgie	

2° Sanatorium de la Tuyolle 8 %.

Recherche chez les tuberculeux extra pulmonaires anciens, hospitalisés pour tuberculose pulmonaire, des conditions qui avaient paru déterminer les manifestations pulmonaires.

Nous n'avons pas cherché à accumuler les observations, mais seulement à préciser quelles con-

ditions pouvaient expliquer ces dérogations à la loi de Marfan.

L'absence, ou l'insuffisance du traitement, nous a paru intervenir le plus souvent. Ce traitement, on le sait, comporte la prolongation pour ces sujets d'un mode d'existence hygiénique pendant des années après la guérison clinique de leur manifestation tuberculeuse extra-pulmonaire.

Ces observations fournissent en quelque sorte la contr'épreuve des observations des sujets retrouvés bien portants par notre première recherche.

Pour la plupart, ces malades ont été étudiés dans le service du professeur *Bezanson* à St Antoine, au hasard de leur hospitalisation ; ils nous ont permis de constater des évolutions pulmonaires graves chez des sujets complètement guéris de leur manifestation tuberculeuse locale, mais pour lesquels le traitement avait cessé en même temps que cette manifestation.

A l'annexe de l'hôpital maritime de Berck, nous avons pu étudier des observations d'adultes et d'adolescents, chez lesquels la réactivation d'un foyer extra pulmonaire incomplètement guéri, ou l'apparition d'un nouveau foyer, presque toujours ganglionnaire, a précédé une évolution pulmonaire.

La contre-partie de ces observations nous a été fournie 1° par l'étude des fiches d'un des dispensaires de l'office public d'hygiène sociale (1) 2°)

(1) Dispensaire du XV^{ème}.

par l'étude des observations des enfants à l'hôpital Maritime et des Adultes de l'Annexe.

1° Parmi un lot quelconque de fiches, nous avons groupé celles des sujets porteurs de manifestations tuberculeuses extra-pulmonaires, éteintes ou actives. Nous avons constaté que la surveillance de ces sujets, ou bien dépiste précocement une évolution pulmonaire, ou bien permet d'intervenir avant la rupture de l'équilibre, et recule indéfiniment l'éclatement pulmonaire redouté.

2° Parmi les malades de l'hôpital Maritime de Berck nous avons constaté que les foyers multiples existent pour la plupart à l'entrée, et sont apparus dans le mois suivant une première manifestation, insuffisamment traitée.

Quelques-unes ne se révèlent que lors du séjour à Maritime, mais toujours dans les mois qui suivent l'entrée.

Nous n'avons trouvé que 2 malades sur 250 étudiés, qui aient présenté après un an et deux ans de séjour une nouvelle manifestation tuberculeuse.

Obs. I. PIE... 19 ans.

Entré Salle Dieulofoy, octobre 26, pour une hémoptysie. Déjà malade depuis quelques semaines.

Pas d'antécédents familiaux.

A cinq ans ; arthrite tibiotarsienne. Plâtré 3 ans, soigné à Pau, où il reste jusqu'à l'âge de seize ans. Puis vient à Paris, et exerce pendant 3 ans le métier de représentant de commerce. Ne souffre jamais de son pied ; une chaussure orthopédique lui rend la marche plus facile et a permis l'été 1926 de

faire de longues courses en montagne lors de ses vacances. Est entré à Paris amaigri, s'est trouvé fatigué dès la reprise de son travail.

Examen : aspect médiocre. Lésions bilatérales étendues, évolutives.

Janvier 27 : Décès.

Obs: II DAV. Germaine 33 ans, Entrée salle Littré sept:26, Tuberculose ulcéro caséeuse, bilatérale, évolutive.

A 14 ans, ostéite des 5^{me} doigts,, premières phalanges. (Spinavantosa ?) amputation ; guérison.

Bien portante jusqu'à 31 ans, à la suite période de surmenage, apparition toux.

La malade n'a pas été suivie.

Obs III: R. C... 16 ans.

Entrée salle Moïana Mai,26.

Lésion pulmonaire limitée, évolutive, pneumothorax thérapeutique.

A 10 ans: adénite cervicale suppurée. Soignée à Trousseau: ponctions, puis envoyée à Berck, où reste 2 ans. Pas de fistulation ; travaille depuis 2 ans ; Hémoptysie révélatrice il y a un mois.

Janvier 27. Pneumothorax continué, bon état général. Il ne persiste au niveau de l'adénite que les traces des ponctions. Tissus souples.

Obs. IV: MAR... Léon.23 ans. Entré salle Brissaud 26.

Tuberculose pulmonaire bilatérale, évolutive avec atteinte de l'état général : pronostic très réservé.

A 6 ans: coxalgie, à Berck, 6 ans, jusqu'à l'âge de 12 ans; nombreux abcès fistulisés. — sort guéri ankylosé.

A 20 ans : perd ses parents. — Vient à Paris ; comptable.

Depuis un an : Tousse, maigrit.

Obs. V: BAU... 30 ans. Entré salle Dieulafoy en octobre 26.

Tuberculose fibreuse avec images cavitaires au sommet

droit, expectoration nummulaire mais conservation de l'état général.

A 10 ans : coxalgie, soigné 4 ans à Berck.

A 28 ans, hémoptysie, au cours d'une poussée de bronchite ; soigné à Bichat, puis cinq mois à la campagne ; bacilloscopie négative (?)

A 29 ans : en Juillet 25 : point de côté.

En octobre 26, se décide à entrer à St Antoine.

Obs. VI : communiquée par le docteur MOSER. Sug... 34 ans.

A 15 ans : ostéite du grand trochanter, opérée à Paris, et soignée à Berck, guérie en 2 ans. Très bon état jusqu'à l'âge de 26 ans, où à la suite d'une poussée fébrile, apparaissent des adénites cervicales rapidement fistulisées, et guéries en 5 mois

A 30 ans, commence à tousser, et présente par intermittence des poussées fébriles avec dyspnée asthmatiforme.

L'examen montre une tuberculose pulmonaire bilatérale, à forme fibreuse, avec nombreux B. K. dans les crachats.

Obs. VII : M... 22 ans : entré Salle Mathé 26; à 16 ans, en 1920 : paraplégie : Plâtré un an et demi à l'hôpital de Vendôme ; puis cinq mois à la Pitié à Paris.

En 1922, appareil; il reprend son métier de vacher.

En 1923, souffre à nouveau et rentre à la Pitié, y reste 3 mois, et tente de reprendre son travail, puis va quelques mois à l'hôpital d'Orléans.

En 1925, apparition de toux, avec expectoration, passe de nouveau à la Pitié où on aurait constaté la présence de B. K. dans les crachats. Sort sur sa demande, et incapable de travailler échoue en Novembre 25 à St Antoine.

Examen : Pott dorso lombaire ancien.

Tuberculose ulcéro-caséreuse étendue, évolutive. Décès en Mars 1926.

Obs. VIII Bon... 25 ans, entré à l'Annexe de Maritime en 1925.

En 1910, ganglions carotidiens;

En 1914, intervention.

En 1922, récédive; continue à travailler.

En 1924, pleurite; un an en préventorium puis reprend son travail, quand une nouvelle poussée ganglionnaire l'amène à l'annexe.

En 1925; ganglions carotidiens suppurés, état général médiocre.

Décembre 1925 : Toux : B. K. dans les crachats; sortie.

Obs. IX: MAR Alexandre 60 ans.

Entré à l'Annexe en 1924, pour Pott. Ostéite du péroné droit, ancienne, et cicatrisée. Mauvais état général.

En 1925 : évolution pulmonaire : sortie.

Obs. X: VEY..... Marcel 15 ans.

Entré à l'Annexe en 1920, pour adénite axillaire et carotidienne avec mauvais état général; cicatrices d'adénites cervicales guéries.

En 1921, évolution pulmonaire : sortie

Obs. XI: SEM... . G. 20 ans.

En 1922, à 15 ans, adénopathie cervicale gauche continue à travailler.

En 1924, entre à l'Annexe : ganglions suppurés, et micro-polyadénite axillaire bilatérale; fièvre.

En 1925 : B. K. dans les crachats et mauvais état général sortie.

Obs. XII: GAL.... Robert; 15 ans, entré à l'annexe en 1921 passage de Maritime. Soigné à Maritime une première fois à l'âge de 6 ans; puis coxalgie, y reste 3 ans; puis aucun soin,

En 1920, rechute, fistule à 14 ans 1/2.

En 1921 passage à l'Annexe.

En 1923 tuberculose pulmonaire; évacué sur St Antoine où il reste jusqu'en 1926, retrouvé dans le service du Profes-

seur Bezançon avec tuberculose pulmonaire fibreuse, mais évolutive, Brévannes.

Obs. XIII. — B... Suzanne, 16 ans (communiquée par le docteur Brodiez, d'Enval).

Entrée en Enval en mai 1924 :

Lésion ulcéro-caséuse localisée.

Pneumothorax, amélioration.

Actuellement à Bligny.

A 12 ans, ganglions cervicaux, non suppurés, pas de traitement efficace.

Reglée à 14 ans, depuis, fatigue, puis, douleurs thoraciques, amaigrissement, cependant que les ganglions avaient presque disparus.

A 16 ans, en octobre 1923, quelques filets de sang dans les crachats : on constate alors lésion du sommet gauche, et B. K. +.

Obs. XIV. — CR... Mlle 20 ans. (Docteur Brodiez).

Entrée à Enval 1922.

Lésions limitées, évolutives, fébrile.

En 1915, à 12 ans hydarthrose du genou droit ; vue par le professeur Marfan. Va six mois à la mer, puis reprend existence normale.

En 1914, après un épisode grippal, bronchite et hémoptysie, en même temps qu'elle souffre du genou.

Plâtre pour tumeur, blanche à St-Malô : puis à Roscoff. Hémoptysie, rentre à Paris, reste immobilisée par son genou. Nouvelle hémoptysie après piqûres de Rucléarsitol ; entre à Enval.

Le genou consolidé permet la marche.

Actuellement amélioration de l'état pulmonaire.

Obs. XV. — BON... Algérien 25 ans : entré salle Mathé Avril 26.

Adénite cervicale suppurée à 17 ans, actuellement cicatrisée, durée 6 mois.

En France depuis 4 ans. Surmenage.

Entré à Mathé pour tuberculose pulmonaire ulcéro-casé-euse, avec poussée d'adénite cervicale, non suppurée, dure, remontant à plusieurs mois.

Obs. XVI. — GAR... 45 ans (Docteur Brodiez).

Entré en Enval en 1924 : lésions pulmonaires à prédominance fibreuse du lobe supérieur gauche. Symphyse de la base, état général précaire.

En 1910 : à 30 ans, après avoir passé quelques années dans les pays-chauds, revient en France : Fait une adénite cervicale volumineuse, mais non suppurée, traitée par R. X., puis séjour à Hendaye. Guérison complète.

En 1919, après surmenage, pleurésie sérofibrineuse gauche, grave. Convalescence dans le Midi. Reprend ses occupations.

En 1923 : Grippe, points de côté gauche, B. K. dans l'expectoration.

1924 : Entre à Enval.

Obs. XVII. — BL... Georges 25 ans : en 1925.

Fiche du dispensaire de l'O. P. H. S. du XV^e.

En 1917, vu pour adénite cervicale.

En 1923, après avoir été suivi épisodiquement, revu pour fatigue et gros amaigrissement, après surmenage ;

Lésions localisées apicales. B. K. positif.

État général déficient.

Placement d'urgence ; Montfaucon.

En 1924 : revu, amélioré.

1925 : toujours suivi, existence semi-normale.

Obs. XVIII. — TR... Victor 51 ans, en Janvier 1922.

Fiche du dispensaire.

Tumeur blanche du coude ancienne, guérie, remontant à l'enfance.

Pleurésie droite, ponctionnée en 1918.

Vu au dispensaire en Janvier 22, pour fatigue.

Surveillance.

B. K. positif en Juillet 22, après plusieurs examens.

Placement.

Obs. XIX. — PL... 24 ans.

Fiche du dispensaire.

Visite de prophylaxie :

Lupus cicatrisé de joue droite, datant de l'enfance.

Vu en 25 pour fatigue : B. K. à l'homogénéisation, placement à Bligny.

Obs. XX. — CH... Gilberte, 21 ans.

Fiche du dispensaire.

Vue en 1922 pour la première fois, pour ganglions sous-maxillaires, fatigue.

Signes discrets au sommet droit.

Bacilloscopie : négative : repos.

En 1923 : grossesse.

Vue un mois après l'accouchement, pâleur, fatigue, allaite,

Vue en Juillet 1924 : Amaigris, quelques crépitants dans zone axillaire.

En Août 24 : enfant meurt aux Enfants Malades, de broncho-pneumonie tuberculeuse.

Examen des crachats : toujours négatif.

Etat pulmonaire : Stationnaire.

En Octobre 24 : Placement au Glandier.

Revue en 1925 : bon aspect, a pris 7 kilos.

Obs. XXI. — MIO... Jeanne 19 ans ; 1925.

Fiche du dispensaire.

A 4 ans, à Berck pour rachitisme.

A 12 ans, poussée ganglionnaire volumineuse non traitée.

Vue en 1925 au dispensaire, pour fatigue, et ganglions cervicaux importants, un peu douloureux.

Examen des crachats, répété, une seule fois positif.

Séjour à Villepinte, puis à Bligny. Amélioration de l'état général. Disparition de l'adénite.

Obs. XXII. — GUI... Juliette 16 ans : 1924.

Fiche du dispensaire.

A 10 ans tumeur blanche du genou, après épisode grippal en 1918.

Fistule : Bercta en 1919, puis Enfants malades, en 1921, amputation :

Envoyée à Cannes par dispensaire en 1923 :

Revue en 1924 : état général meilleur : signes discrets au sommet gauche. Bacilloscopie négative,

En 1925 : état toujours médiocre : Envoyée à Villepinte.

Obs. XXIII. — CON... Rodrigue. 14 ans, en 1922.

Fiche du dispensaire.

Vu en 1922 pour point de côté gauche : antécédents :
en 1916 : Pleurésie droite, ponctionnée aux Enfants Malades.

A Forges 5 mois.

En 1917, osteite de la main gauche, qui persiste jusqu'en 1919.

Actuellement (1922) fatigue, pâleur, vient de commencer apprentissage. Respiration rude et craquements secs au sommet gauche, plus discrets à droite.

Présence de B. V. dans les crachats.

Placement :

1924, vu à sortie de Brévannes.

1925 : Amélioration de l'état général. B. V. seulement à l'homogénéisation.

Signes stéthoscopiques persistent.

Le médecin de Brévannes demande encore un an de Sanatorium.

CHAPITRE V

CONCLUSIONS

I. — L'existence d'un retentissement des manifestations tuberculeuses extra-pulmonaires, sur la tuberculose pulmonaire, latente ou manifeste, et le rôle favorable de ce retentissement, qui réaliserait une sorte d'immunité antituberculeuse, élective pour le poumon, ont pu être considérés comme démontrés depuis les importants travaux de *Marfan*.

Cependant, l'essai d'un résumé de cette question se heurte à son extrême complexité ; l'étude des travaux successifs qui y ont trait, met en évidence des faits cliniques et expérimentaux, qui ne corroborent pas l'hypothèse de l'existence d'une immunité, et autorisent à ne pas considérer la question comme résolue.

II. — A reprendre le problème à ses données, on constate que celles-ci varient avec les auteurs.

Dans le domaine Clinique, ce sont des observations qui se groupent en trois catégories principales.

(1) *Observation de tuberculeux extra-pulmonaires*, chez lesquels la tuberculose n'évolue pas ultérieurement.

(2) *Observation de tuberculeux extra-pulmonaires* chez lesquels la tuberculose pulmonaire évolue ultérieurement de façon bénigne.

(3) *Observation de Tuberculeux extra-pulmonaires* chez lesquels la tuberculose pulmonaire évolue ultérieurement de façon grave.

La fréquence relative de ces cas a été appréciée de manière différente par les observateurs qui les rapportent :

Les uns voient dans la tuberculose pulmonaire l'aboutissant fréquent et grave de la tuberculose extra-pulmonaire.

Les autres, au contraire, croient à la rareté de l'évolution pulmonaire, et en tous cas à sa bénignité.

Mais, cette fréquence relative n'a jamais été établie par une véritable statistique, alors que c'est la connaissance exacte de cette proportion qui fournirait un des principaux éléments de la solution du problème.

III. — (1) Nous avons tenté de réaliser cette statistique ; encore à peine ébauchée, en raison des difficultés pratiques de son établissement, elle nous a permis de constater. 1° *La mort de ces sujets* (soignés pour tuberculose extra-pulmonaire dans l'enfance), *par tuberculose pulmonaire ultérieure, dans un cinquième des cas.*

Cette proportion d'évolutions pulmonaires graves, (c'est-à-dire des observations du groupe 3),

est très élevée, étant donné les procédés par lesquels ces sujets ont été retrouvés.

(2) Parmi les sujets retrouvés vivants, cette statistique nous a montré dans un dixième des cas une tuberculose pulmonaire d'allure discrète.

Partant de ce nouvel élément apporté au problème de l'avenir pulmonaire, nous avons été conduits à vérifier que la rareté des tuberculeux extra-pulmonaires, dans les salles de phtisiques et au Sanatorium, n'est qu'apparente ; elle est en effet un cas particulier d'une loi générale : la rareté relative des tuberculoses extra-pulmonaires.

(3) L'étude de la tuberculose pulmonaire chez ces sujets hospitalisés (5 à 6% à l'hôpital, 8 à 10 % au sanatorium) nous a montré que sa tendance évolutive bénigne est loin d'être constante.

La Tuberculose pulmonaire évolue donc beaucoup plus souvent qu'il n'est classique de le dire chez les sujets ayant présenté une Tuberculose extra-pulmonaire, et il n'est pas rare qu'elle évolue de façon grave.

L'ensemble de ces faits Cliniques, on le voit ne permet d'invoquer ni l'existence d'une action directe des manifestations tuberculeuses extra-pulmonaire sur la tuberculeuse pulmonaire, ni le rôle favorable de cette action hypothétique.

(4) Mais l'analyse des différentes observations met par contre en évidence un 4^{me} groupe de faits : l'importance des conditions matérielles dans les-

quelles se trouvaient placés les sujets depuis leur premier accident tuberculeux ; l'absence d'hygiène chez les sujets qui voient évoluer la tuberculose pulmonaire, contrastant avec le mode d'existence des sujets demeurés indemnes de tuberculose pulmonaire manifeste.

C'est par l'intermédiaire de ces conditions extrinsèques au sujet, par le traitement des manifestations tuberculeuses extra-pulmonaires, et les préoccupations d'hygiène qui prolongent ce traitement, que les tuberculoses extra-pulmonaires peuvent avoir un retentissement, indirect, sur la tuberculose pulmonaire.

(5) Quittant le domaine Clinique, certains auteurs ont attribué aux observations des sujets demeurés indemnes de tuberculose pulmonaire, la valeur de la preuve d'une défense spécifique, d'ordre humoral, créée par les tuberculoses extra-pulmonaires envers la tuberculose pulmonaire.

Les données cliniques ne viennent pas à l'appui de cette hypothèse : les données expérimentales ne la corroborent pas davantage, et elle ne peut servir de base à une loi générale, malgré tout l'intérêt d'étude qu'elle comporte.

VU : le Doyen :	VU ; le Président :
P ^r H. ROGER	P ^r F. BEZANCON

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Recteur de l'Académie de Paris

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

I Références.

- (1) COUVREUR : Thèse Paris 1892. De l'adénopathie cervicale tuberculeuse, envisagée surtout dans ses rapports avec la tuberculose pulmonaire.
- (2) MARFAN : Archives générales de Médecine 1886. Mars Avril 1886. T. I p. 423.
- (3) HAMEL : Thèse Paris 1910. Traitement des adénopathies cervicales.
- (3 bis) PÉGURIER : Thèse Lyon 1900 : De la prétendue immunité
- (4) MÉNARD J. L. : Thèse Paris 1925. De la résection dans les tumeurs blanches anciennes du genou.
- (5) CLAYES : Thèse Paris 1907. De la tumeur blanche du coude.
- (6) BAILLEUL : Thèse Paris,
- (7) CALMETTE : La Tuberculose. Masson éditeur.
- (8) MARFAN : Paris Médical. 1^{er} Janvier 1921. La Scrofule, conception ancienne, conception nouvelle.
- (9) BEZANÇON : Revue de la Tuberculose 1923.
- (10) RISJ : Localisations extra-pulmonaires de la Tuberculose. Revue de la Tub. ; n° 3 Juin 1923.
- (11) CAMINO. Thèse Paris 1924.
- (12) BEZANÇON et PHILIBERT : l'Allergie tuberculinique et le problème du terrain dans la Tuberculose *Paris Médical* 9 Février 1924.
- (13) BEZANÇON et BRAUN : La notion de Repos dans le traitement de la Tuberculose pulmonaire. (Le repos envisagé comme mesure préventive) *La Médecine* : Mai 1925 n° 8.

- (14) E. AUBERTIN : Le développement de l'infection bacillaire chez l'homme. Le rôle du terrain. Doin 1924.
- (15) BROCA : Traité de Chirurgie Infantile.
- (16) J. CALVÉ : De la tuberculose osseuse à foyers multiples de l'enfant. Bulletin d'études scientifiques sur la Tuberculose : Juin 1912. n° 5
- (17) CUMMINS S LYLE : La tuberculose chez les tribus primitives, et ses relations avec la tuberculose des pays civilisés. Revue internationale d'hygiène publique Septembre 1920.
- (18) BEZANÇON et M. P. WEIL : Les causes du développement de la pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse. *Monde Médical* 1^{er} Février 1926.
- (19) POTEZ : Thèse Paris 1924-25
- (20) CORDEY : Thèse : Etude sur l'Etiologie de la tuberculose dans la seconde enfance. Imprimerie Levy et Cie Paris.
- (21) HAMON : Contribution à l'étude des ascendants des tuberculeux.
- (22) ARNOUD : Gravité comparée de la tuberculose pulmonaire suivant l'existence ou l'absence d'antécédents tuberculeux chez les parents. Revue de la tuberculose n° 6, 1920.
- (23) ARMAND DELILLE et Mlle A. M. FAMIN : Le rôle de la contagion dans la tuberculose de l'enfant. Journal de Médecine de Paris : 23 Août 1924.
- (24) DEBRÉ R. et LAPLANE : La forme floride de la tuberculose du nourrisson (Ann. de Méd. t. XI avril 1922.)
- (25) RIST : Localisations extra-pulmonaires de la tuberculose : (Revue de la Tub : n° 3 Juin 1923. p. 230 250.
- (26) LEMIERRE (A) et KINDBERG L). Tuberculose gommeuse disséminée chez un adulte, consécutive à une inoculation sous cutanée. (Bulletin de Soc. Méd. Hôp. Paris 1923, XVIII p. 472-484.
- (27) PAISSEAU et LAMBLING. Tuberculose de première infection chez l'adulte : Soc. Méd. Hôp. Paris 1924. 35 XVIII. 1462, 1472.
- (28) BURNET : Traité de Microbiologie de Bezançon.

- (29) WEIL HALLÉ et LEMAITRE : Action in vitro des extraits de ganglions lymphatiques sur le bacille de Koch. Journal de Physiologie et de Patho. générale : 15 Juillet 1913. p. 836.
 - (30) RIBADEAU-DUMAS. Les débuts de la Tub. Pulm. Flammation. 1925.
 - (31) BEZANÇON et PHILIBERT : L'Allergie Tuberculinique et le problème du Terrain dans la Tuberculose. (Paris Médical n° 9. Février 1924.
 - (32) BURNET ; Virulence du Bacille de Koch dans les tuberculoses externes. in Ribadeau-Dumas loc ; cit. p 65.
 - (33) BEZANÇON et de SERBONNES : L.Allergie tuberculinique. XIII congrès Méd. de Paris c.r. 1912.p. 16.
 - (34) CALMETTE : L'infection bacillaire et la tuberculose.
 - (35) PHILIBERT et CORDEY : Réinfection tuberculeuse expérimentale chez le lapin. (Ann. de Médecine. t. XVII n° 1 Janvier 1925).
 - (36) BEZANÇON et PHILIBERT : Signification biologique du phénomène de Koch, Paris Médical : Janvier 1926.
 - (37) CHICANDART : Tuberculose du calcanéum. Thèse Paris 1920.
 - (38) BORREL : Pneumonie et Tuberculose chez les troupes noires. Annales de l'Institut Pasteur. T. XXXIV Mars. 1920 n° 3.
-

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I

HISTORIQUE	9
Les anciens cliniciens	11
Les opinions modernes	12
Les divergences d'opinions	16
Les contradictions des faits	17
Complexité de la question	18

CHAPITRE II

Etude des arguments et des faits	21
I ^o / L'avenir pulmonaire des tuberculeux extra-pulmonaires: Dans quelle proportion la tuberculose pulmonaire évolue-t-elle chez les tuberculeux extra-pulmonaires guéris	21
La difficulté des recherches	22
L'absence de statistique véritable	25
Tentative de statistique	26
II ^o / La rareté des tuberculeux extra pulmonaires dans les salles de phtisiques	26
III ^o / La rareté de la coexistence des deux ordres de manifestations	27
IV ^o / La forme particulière des manifestations tuberculeuses pulmonaires chez les sujets porteurs d'une manifestation tuberculeuse extra pulmonaire guérie	30
V ^o / Les caractères des manifestations tuberculeuses extra pulmonaires	32

A/ Leur bénignité apparente.....	32
Ses causes ; rôle du traitement dans leur « atténuation »	32
B/ Leur opposition à la gravité de la tuber- culose pulmonaire.....	41
C/ Rôle du traitement dans « l'atténuation » des manifestations tuberculeuses pulmo- naires.....	43
D/ Rôle préventif du traitement des manifes- tations tuberculeuses extra pulmonaires vis-à-vis de l'éclatement de la tuberculose pulmonaire de l'adulte	45

CHAPITRE III

Interprétations des faits cliniques et des données exp�- rimentales.....	46
1� L'hypothèse de l'immunité.....	46
2� Les autres hypothèses.....	48

CHAPITRE IV

Observations personnelles

I. Recherche de la fréquence de l'éclatement de la tuberculose pulmonaire chez les sujets ayant présenté et guéri des manifestations tubercu- leuses extra pulmonaires.....	53
II. Recherche de la proportion de tuberculeux extra-pulmonaires anciens hospitalisés dans les services de phtisiques, de médecine g�n�- rale et de chirurgie, et dans un sanatorium...	60
III. Recherche chez les tuberculeux extra-pulmo- naires anciens, hospitalisés pour tuberculose pulmonaire, des conditions qui avaient paru déterminer les manifestations pulmonaires...	60

CHAPITRE V

Conclusions.....	70
------------------	----

